職員一覧表

住　　　　所

称号又は名称

代表者職氏名

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 職　　種 |
| 氏　　名 |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |

※山口市運動機能アップ教室（通所型サービスＡ－③）事業に従事される管理者、従事者、機能訓練指導ができる者の情報を御記入ください。

※併せて資格証の写しも添付してください。